

Centre de loisirs extrascolaire  
Centre de loisirs mercredis périscolaires

**NOM du centre :**

**Protocole d'accueil interne pour enfants atteints de troubles de la santé/allergies**

**Enfant concerné :**

**Nom de l'enfant:**

**Prénom :**

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Classe :

**Représentants légaux :**

Nom du responsable légal 1 :

Prénom :

Père :

Mère :

Autres :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

Tel travail :

Nom du responsable légal 2 :

Prénom :

Père :

Mère :

Autres :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

Tel travail :

**La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que l'organisateur lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les animateurs sont astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.**

Je soussigné, ....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la prescription médicale et du protocole de soins d'urgence rempli par le médecin en charge du suivi de mon enfant

Nom du médecin : ..... (Tel : .....)

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des animateurs en charge de mon enfant dans la structure d'accueil périscolaire municipale : périscolaire matin, soir, TAP, restauration scolaire

J'autorise les animateurs à pratiquer les gestes et à administrer les traitements prévus dans ce protocole de soins.

Je fournis la trousse d'urgence, j'en suis responsable et m'engage à la renouveler en fonction des dates de péremption ou suite à un changement de prescription médicale.

Date :

Signature du représentant légal :

L'organisateur s'engage à mettre en place les conditions de réussite du protocole :

- Respect des consignes médicales
- Respect du secret médical
- Matérialisation et visibilité du stockage de la trousse d'urgence
- Suivi de la trousse d'urgence lors de sorties extérieures
- Relais des informations aux animateurs en charge de l'enfant

<b>Personnes à prévenir :</b>	<b>Noms</b>	<b>N° de téléphone</b>
Urgences avec tel fixe		<b>15</b>
Urgences avec tel portable		<b>112</b>
Père		
Mère		
Médecin qui suit l'enfant		

Date :

Responsable de la structure périscolaire :

Nom :

Prénom :

Signature :